



Fecha / /

Solicitud De Prestaciones Adicionales Colectivas Trabajador 2026

Uso del Tiempo Libre

CLUB DE CAMPO DON ELÍAS FIGUEROA (VALPARAÍSO)

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

I. Antecedentes del trabajador mandatario

Nombre Completo	Rut	
Dirección	Comuna	Región
Teléfono Fijo o Celular	Correo Electrónico	Cargo Mandatario

II. Identificación de la empresa a la cual pertenece el mandatario (*)

Razón Social Empresa	Rut Empresa

III. Solicitud de prestación colectiva asociada a uso del tiempo libre (**)

Fecha requerida:	- -	Nº Trabajadores participantes:		
Sector Requerido		Horario Solicitado		
Quinchos	<input type="checkbox"/>	De:	: HH MM	A: HH MM
Casona (Máx. 600 pers.)	<input type="checkbox"/>	Pérgola (Máx. 280 pers.)	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Terraza Casona (Máx. 300 pers.)	<input type="checkbox"/>	Cocina	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Jardín con pileta	<input type="checkbox"/>	Parque infantil	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Salón de: Chimenea (Máx. 70 pers.)	<input type="checkbox"/>	Fogón y bar (Máx. 120 pers.)	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Sala de: Capacitación 1 (Máx. 75 pers.)	<input type="checkbox"/>	Capacitación 2 (Máx. 70 pers.)	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Capacitación 3 (Máx. 35 pers.)	<input type="checkbox"/>	Reuniones (Máx. 18 pers.)	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM
Canchas de: Tenis Single	<input type="checkbox"/>	Tenis Doble	<input type="checkbox"/>	
Fútbol	<input type="checkbox"/>	Pádel	<input type="checkbox"/>	De: : HH MM A: : HH MM

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
Gerente/Jefe de área RRHH

(*) Para efectos del presente instrumento, corresponde a la empresa en la cual uno de los firmantes desempeñamos funciones actualmente bajo subordinación y dependencia.

(**) Toda postulación para ser efectiva debe completar todos los campos requeridos en este documento y adjuntar en archivo Excel la nómina de trabajadores que asistirán al recinto. Información adicional de requisitos para acceder a cada prestación en www.caja18.clEsta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados



Fecha / /

NÓMINA DE TRABAJADORES POSTULANTES DE LA ACTIVIDAD
CLUB DE CAMPO DON ELÍAS FIGUEROA (VALPARAÍSO)

Solo se recibirán solicitudes de lunes a jueves, entre las 9:00 hrs. hasta las 18:00 hrs.

Nº	Nombre completo del Trabajador Afiliado (*)	Rut Afiliado		Firma Trabajador Afiliado
		Número	DV	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Total Trabajadores Afiliados

Firma de trabajador mandatario

Nombre, firma y timbre de
Gerente/Jefe de área RRHH

Recuerde que debe adjuntar esta misma planilla en archivo Excel

(*) Por el presente instrumento, los firmantes facultamos al Mandatario para que actuando en nuestro nombre y representación, presente en Caja 18 esta solicitud de beneficio; siendo dicho Mandatario el exclusivo responsable de su presentación oportuna, y del cumplimiento de los requisitos establecidos en el programa de prestaciones adicionales de Caja 18

Esta solicitud debe ser enviada a beneficiospac@caja18.cl con al menos 3 días hábiles de anticipación a la fecha requerida y esperar su autorización.

Las Cajas de Compensación son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl - Caja 18 - Todos los derechos reservados